
LESION DU CLIVUS REVELANT UN CANCER DU SEIN

S. MEZIANI, H. C. DELIBA, N. HARCHAOUI, A. MELIANI,
M. A. HACHEMAOUI

E.P.H Sidi Ghiles, Tipaza

RÉSUMÉ: Les tumeurs du clivus sont extrêmement rares. Parmi elles, le chordome et le chondrosarcome sont les types les plus fréquents [5] mais ils ne représentent chacun que 0,1 à 0,2% de toutes les tumeurs intracrâniennes [4]. Les lésions métastatiques du clivus occupent une partie encore plus restreinte de ces tumeurs avec pas plus de 47 cas décrits dans la littérature, dont seulement deux cas de lésion métastatiques du clivus d'origine mammaire [1]. Il est très difficile de faire la différence entre les tumeurs du clivus primaires et celles d'origine métastatique car ni la clinique (dominée par l'atteinte du nerf oculomoteur externe), ni l'imagerie ne sont spécifiques, seule la preuve anatomopathologique est en mesure d'affirmer le diagnostic. Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 33 ans, qui a consulté pour une diplopie et dont l'exploration par une imagerie par résonance magnétique a révélé une lésion du clivus, évoquant dans un premier temps une lésion primaire ; la patiente a été opérée par voie endonasale trans-septale trans-sphénoïdale microchirurgicale et l'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'un adénocarcinome d'origine mammaire.

Mots clés : *Lésion du clivus, Métastase mammaire, Tumeur de la base.*

ABSTRACT: Clivus tumors are extremely rare, chordoma and chondrosarcoma are the most common, however they each represent only 0.1 to 0.2% of all intracranial tumors [5]. Metastatic lesions of the clivus are yet more rare with no more than 47 cases reported in the literature, of which only 2 cases, of breast origin. It is very difficult to differentiate between primary tumors and metastatic lesions because neither clinical features (dominated by the external oculomotor nerve palsy), nor imaging are specific and only the histological evidence confirms the diagnosis. We report the case of a woman aged 33 years who consulted for left diplopia, whose exploration by magnetic resonance imaging revealed a lesion in the clivus, initially suggesting a primary lesion. The patient was operated through endonasal transeptale transsphenoidal microsurgical approach and pathological examination revealed an adenocarcinoma of breast origin.

Key words : *Lesions of the clivus, Breast metastasis, Skull base tumors.*

INTRODUCTION

Les lésions primaires du clivus sont dominées par les chordomes et les chondrosarcomes qui ne représentent que 0,1 à 0,2% des tumeurs intracrâniennes [4].

Les lésions métastatiques sont très rares et il n'a été rapporté, dans une revue de la littérature de la base de données MEDLINE, entre 1950 et 2013, que 47 cas, dont seulement deux cas de lésions métastatique du clivus d'origine mammaire.

Le clivus occupe une région anatomique critique, juste en avant du tronc cérébrale, ceci fait que 64,3% des patients présentant une lésion métastatique du clivus consultent pour une diplopie par atteinte de la VI^e paire crânienne [7] ; ce signe clinique n'est cependant pas caractéristique et apparaît en premier à cause du long cheminement

tortueux du VI dans le canal de Dorello. De plus, l'imagerie, à savoir la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique cérébrale ne permettent pas de différencier une lésion primaire d'une lésion métastatique d'où la difficulté du diagnostic.

MATERIEL ET METHODE

Le cas que nous rapportons est celui d'une femme de 33 ans, sans antécédents, qui consulte pour une diplopie unilatérale gauche et des céphalées intenses évoluant depuis deux mois.

L'examen clinique retrouve une patiente en bon état général, consciente, droitrière, avec un strabisme convergeant de l'oeil gauche et une diplopie verticale à gauche.

Une imagerie par résonance magnétique cérébrale a été pratiquée et a objectivé un processus expansif du clivus mesurant 34x27x22 mm de grand axe, envahissant la loge sellaïre et le sinus sphénoïdal

ainsi que les deux loges caverneuses latéralement, en hypo signal T1 (Fig. 1), hypo signal T2 (Fig. 2), se rehaussant de manière intense et homogène après injection de gadolinium (Fig. 3).

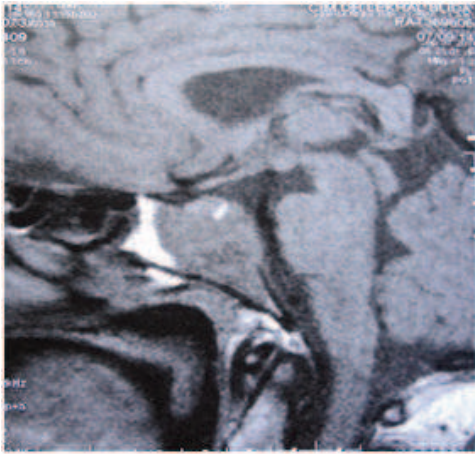


Fig. 1 : IRM en coupe sagittale en T1 montrant la lésion du Clivus.

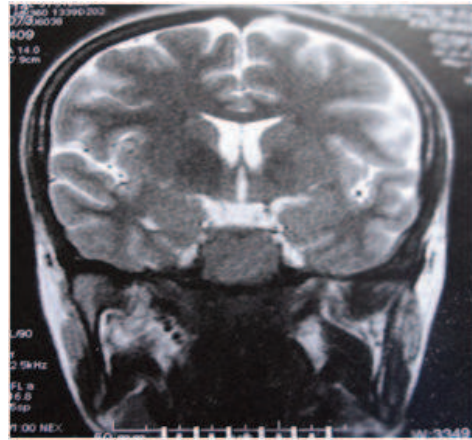


Fig. 2 : IRM en coupe coronale en T2 montrant l'aspect en hypo signal de la lésion.

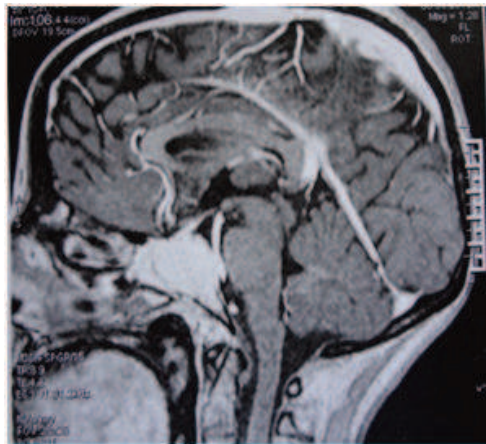


Fig. 3 : IRM en coupe sagittale avec injection de produit de contraste montrant la prise de contraste intense.

Le bilan visuel n'a retrouvé aucune anomalie et le bilan hormonal de l'axe hypothalamo-hypophysaire est normal.

La patiente a été opérée et a bénéficié de l'exérèse large de la lésion à travers un abord endonasal trans-septal trans-sphénoïdal microchirurgical, retrouvant une lésion dure rougeâtre hémorragique infiltrant le clivus et refoulant la dure mère clivale sans l'envahir.

L'évolution post opératoire a été favorable avec la récupération totale de la paralysie du VI ainsi que la disparition des céphalées.

L'examen anatomopathologique de la

pièce opératoire est revenu en faveur d'un adénocarcinome d'origine mammaire.

Une mammographie avec échographie, retrouvent deux masses malignes du sein gauche avec une adénopathie axillaire homolatérale d'allure secondaire classées BI-RADS 5 de l'ACR.

Une tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a objectivé une lésion ostéolytique corporelles de D1, D5, D6, D7 et L1 d'allure secondaire sans localisation hépatique ou pulmonaire.

Une scintigraphie osseuse montre des localisations secondaires multiples (Fig. 4).

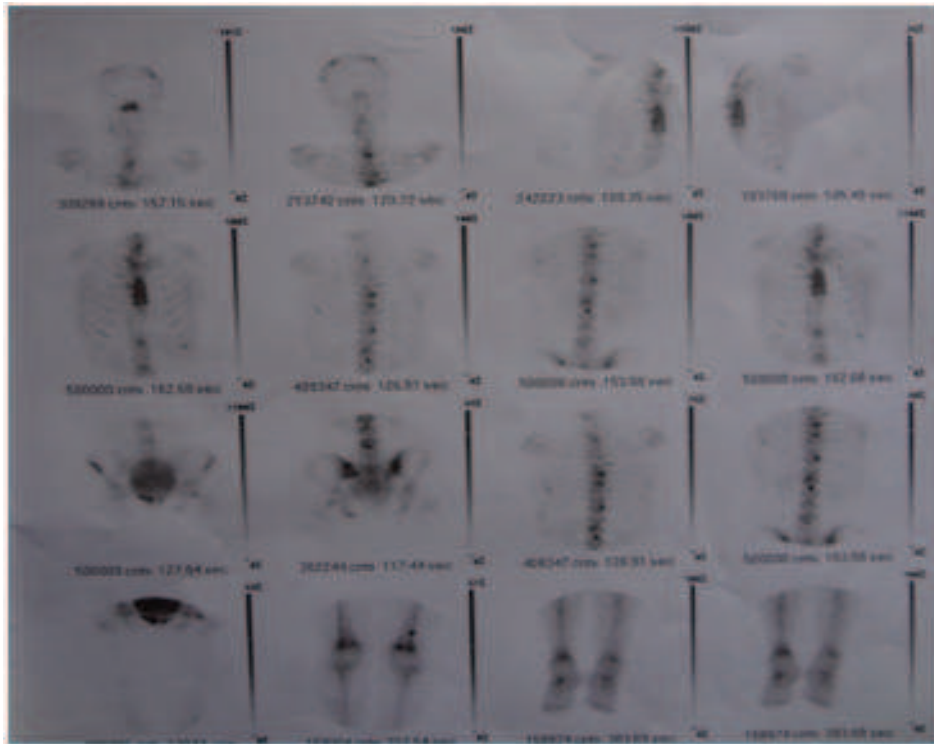


Fig 4 : scintigraphie osseuse montrant des hyperfixations intéressent la quasi-totalité du squelette

Au totale la patiente est classée T4 N1 M1. Une mastectomie du sein gauche est prévue complétée par des séances de chimiothérapie et radiothérapie.

DISCUSSION

La lésion métastatique du clivus d'origine mammaire est très rare et seulement deux cas ont été rapportés dans la littérature parmi 47 cas de métastase du clivus [1] dont les plus fréquents sont le carcinome de la prostate (18,1%), le carcinome hépatique (10,6%) et la thyroïde (8,5%) [1].

La moyenne d'âge des lésions métastatiques du clivus est de 58 ans [1] alors que notre patiente est jeune âgée de 33 ans.

Dans 64,3% des cas le premier signe clinique est représenté par une atteinte de la VIe paire crânienne, [5], ce qui est le cas pour notre patiente.

L'IRM cérébrale est le meilleur examen pour visualiser les lésions du clivus mais ne permet en aucun cas de faire la différence entre une lésion primaire et une lésion métastatique, pour notre patiente, la lésion s'est présentée en hypo signal T1, hypo signal T2, se rehaussant de manière intense et homogène après injection de produit de contraste.

Toutes les lésions métastatiques du clivus ont été opérées par une voie trans-nasale trans-sphénoïdale avec dans la majorité des cas l'utilisation de l'endoscope [1] ; pour notre patiente une voie trans-nasale trans-sphénoïdale microchirurgicale a été pratiquée.

L'examen anatomopathologique des deux cas rapportés dans la littérature de lésions métastatiques du clivus d'origine mammaire sont un adénocarcinome et le 2^e un carcinome intra-canalalaire [1] ; chez notre patiente il s'agissait d'un adénocarcinome.

Dans tous les cas la scintigraphie osseuse n'a été faite qu'après les résultats anatomopathologiques, ne faudrait-il pas faire systématiquement une scintigraphie osseuse devant toute lésion clivale ?

Comme pour notre patiente le diagnostic d'une lésion métastatique du clivus avant l'intervention est très difficile car ni la clinique ni l'imagerie ne permettent de faire la différence entre lésion primaire ou secondaire, seule l'étude anatomopathologique permet d'en préciser la nature.

CONCLUSION

Le diagnostic d'une lésion métastatique du clivus est un défi avant l'intervention chirurgicale, car, d'une part ces lésions sont

rare et d'autre part il n'existe aucun signe clinique ni radiologique pathognomonique pouvant certifier l'origine secondaire de la lésion. C'est pour cela que devant toute lésion du clivus, un examen somatique minutieux s'impose et une exploration systématique par une scintigraphie osseuse revêt un grand intérêt.

La méthode chirurgicale la plus appropriée semble être la voie endonasale transseptale transphénoïdale, qui permet de réduire le risque de morbidité et de mortalité [1].

BIBLIOGRAPHIE

- 1] ADAM S, DECONDE, YAS SANAIHA, JEFFREY D. SUH, SUNITA BHUTA, MARVIN BERGSNEIDER, ET MARILENE B. WANG : Metastatic disease to imitate clivus chordomas. *J Neurol Surg la base du crâne B.* 2013 octobre ; 74 (5) : 292-299
- 2] ALESSI G, LEMMERLING M, L VEREECKEN, DE WAELE L. bénigne métastases fibrome à la base du crâne et la colonne vertébrale : un rapport de deux cas. *Clin Neurol Neurosurg.* 2003 ; 105 (3). 170-174 [PubMed]
- 3] KW ALTMAN, MIRZA N, PHILIPPE L. métastatique carcinome thyroïdien folliculaire aux sinus : un rapport de cas et d'examen. *J. Laryngol Otol* 1997 ; 111 (7) : 647-651
- 4] KORTEN AG, TER BERG HJ, SPINCEMAILLE GH, VAN DER LAAN RT, VAN DE WEL A M. intracrânienne chondrosarcome: revue de la littérature et le rapport de 15 cas. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998 ; 65 (1) : 88- 92. [Article PMC gratuit] [PubMed]
- 5] PALLINI R SABATINO G DOGLIETTO F LAURETTI L FERNANDEZ E MAIRA G métastases CLIVUS : rapport de sept patients et revue de la littérature *Acta Neurochir (Wien)* 2009. 151 4 291 à 296, discussion [PubMed]
- 6] SAMII A, GERGANOV VM, HEROLD C. ET AL. Chordomes de la base du crâne : Traitement chirurgical et les résultats. *J. Neurosurg* 2007; 107 (2) : 319-324. [PubMed]
- 7] F UMANSKY, VALAREZO A, J. ELIDAN. L'anatomie micro-chirurgicale du nerf moteur oculaire externe dans son cours intracrânienne. *laryngoscope.* 1992; 102 (11) : 1285-1292